



**HAL**  
open science

## **Les représentations des prisonniers à l'égard des mesures de réduction des risques**

Estelle Filipe, Philippe Trouiller-Gerfaux, Sylvie Abel, Guillaume Bayet, Marie Jauffret-Roustide

### ► **To cite this version:**

Estelle Filipe, Philippe Trouiller-Gerfaux, Sylvie Abel, Guillaume Bayet, Marie Jauffret-Roustide. Les représentations des prisonniers à l'égard des mesures de réduction des risques. *Champ Pénal*, 2023, 30, <10.4000/champ-penal.14266>. <hal-04936330>

**HAL Id: hal-04936330**

**<https://hal.science/hal-04936330v1>**

Submitted on 8 Feb 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

## Les représentations des prisonniers à l'égard des mesures de réduction des risques

Le cas du matériel d'injection et du préservatif

Estelle Filipe, Philippe Trouiller-Gerfaux, Sylvie Abel, Guillaume Bayet et Marie Jauffret-Roustide

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/champpenal/14266>

ISSN : 1777-5272

### Éditeur

Association Champ pénal / Penal field

### Référence électronique

Estelle Filipe, Philippe Trouiller-Gerfaux, Sylvie Abel, Guillaume Bayet et Marie Jauffret-Roustide, « Les représentations des prisonniers à l'égard des mesures de réduction des risques », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], 30 | 2023, mis en ligne le 27 mars 2023, consulté le 22 mars 2023. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/14266>

---

Ce document a été généré automatiquement le 22 mars 2023.



Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

---

# Les représentations des prisonniers à l'égard des mesures de réduction des risques

Le cas du matériel d'injection et du préservatif

Estelle Filipe, Philippe Trouiller-Gerfaux, Sylvie Abel, Guillaume Bayet et Marie Jauffret-Roustide

---

## Remerciements

Nous remercions l'institut de sondage Ipsos pour leur implication dans la collecte des données, en particulier Yves Fradier et Farah El Mati, ainsi que l'équipe d'enquêteurs ayant participé à la collecte à **IPSOS** et à l'Inserm : Carole Chauvin, Sébastien Delcroix, Marie Dos Santos, Jean-Frédéric Renouf, Veronique Botte et Nathalie Varay. Merci également aux référents médecins et soignants de l'enquête : Sylvie Abel, Guillaume Bayet, Magali Bodon-Bruzel, Anne Deuez, et Dominique Blanc. Nous remercions l'Agence nationale de recherches sur le Sida et les hépatites (ANRS) et Sidaction pour leurs soutiens scientifiques et financiers et en particulier Véronique Doré, Serawit Bruck-Landais, Vincent Douris ainsi que Laurent Michel, responsable scientifique de l'enquête Pride sur la réduction des risques en prison, Dominique Blanc, médecin aux Baumettes pendant l'enquête et Olivier Sannier, référent médical à la Direction de l'administration pénitentiaire pendant l'enquête impliqués tous les trois dans le soutien de l'enquête ANRS-Coquelicot Prisons.

## 1. Introduction

- 1 La prison est une institution qui applique un contrôle social formel sur les individus, elle tend à produire et à maintenir la conformité des individus aux normes de leur groupe social. Au-delà de l'institution, les prisonniers<sup>1</sup> appliquent eux aussi un contrôle social informel qui s'exerce par la pression des pairs et de la communauté créée au sein de la prison. Ce dernier est d'autant plus fort, puisqu'intériorisé (Foucault, 1975). Le contrôle social produit par la prison ou par les individus est un système de croyances qui opprime et stigmatise les personnes désignées comme déviantes, il produit de la

domination orientée par les groupes dominants et spécifiquement exigeant pour les personnes dominées, c'est l'un des canaux principaux de la production des hiérarchies sociales (Foucault, 1975). Ces hiérarchies sont visibles notamment par les conditions d'accès inégalitaires à la prison (Chantraine, 2003), en effet les publics défavorisés en capital social, économique et scolaire sont surreprésentés dans ce contexte. Les individus ne sont pas tous égaux devant les tribunaux correctionnels, l'étude de Gautron et Retière (2013) montre que toutes choses égales par ailleurs, les personnes issues de milieux sociaux moins favorisés sont plus lourdement condamnées. Les publics défavorisés sont les clientèles de prédilection de la justice pénale française, et ils sont les plus touchés par la désaffiliation sociale. L'incarcération peut alors être considérée comme « la peine des pauvres » (Bony, 2014). Ces hiérarchies s'appliquent également à la dimension ethno- raciale car les travaux disponibles sur la prison montrent une sur-représentation des personnes de nationalité ou d'origine étrangère dans les prisons françaises (Fassin, 2015) et des peines plus lourdes (Gautron, Retière, 2013). Parmi ces publics, l'usage de drogues, incluant ou non une dimension d'addiction, fait communément partie des trajectoires des personnes sans emploi ou logement et/ou sans ressources. Ces expériences de consommation arrivent généralement avant l'incarcération et peuvent se poursuivre en prison. Elles peuvent aussi être initiées en prison, l'usage de drogues et le passage en prison étant deux éléments souvent liés (Fernandez, 2007).

- 2 L'usage de drogues illicites est réprimé en France par la loi du 31 décembre 1970. Cette loi applique, comme la prison, un contrôle formel qui limite les possibilités d'autorégulation et d'entraide entre individus consommateurs, et qui accentue également la production de figures caricaturales de l'usager de drogues illicites (malade, criminel ou violent) (Decorte, 2010). Les usagers eux-mêmes exercent également un contrôle social informel par diverses formes de pression entre pairs, « d'autocontrôle conscient ou intériorisé » (Decorte, 2010, 317), de valeurs, de règles de conduites ou de schémas de comportement à adopter (Zinberg, 1984).
- 3 Malgré cela, la détention n'est pas un contexte où les consommations s'arrêtent, plus encore pour les individus ayant des usages de drogues catégorisés comme problématiques<sup>2</sup>. En effet, 40,4 % des usagers qui consomment avant leur incarcération continuent leurs usages en prison (Sannier *et al.*, 2012). Les prévalences de consommations de drogues en prison ont été étudiées dans différents établissements pénitentiaires à partir d'études quantitatives menées à un niveau local (Liancourt, Lyon et Pays de la Loire) (Sannier *et al.*, 2012 ; Sahajian *et al.*, 2017, Rousselet *et al.*, 2019) : d'après les études, la consommation de cannabis en prison serait d'environ 40 %, celle de cocaïne varierait entre 2 et 10 %, l'héroïne et les médicaments « détournés » seraient consommés par entre 10 et 16 % des individus. Des travaux de recherche ont également documenté l'importance du trafic de drogues en prison, et en particulier la circulation du cannabis (Chauvenet *et al.*, 2015 ; Protais *et al.*, 2023). Ces chiffres sont beaucoup plus élevés que ceux que l'on retrouve en population générale, le Baromètre santé 2014 de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) faisant état d'une consommation d'héroïne de 0,2 % en population générale par exemple, la prévalence est donc presque 40 fois plus élevée en prison (Protais *et al.*, 2019). Il existe aussi en prison des transferts d'usage (d'une drogue à l'autre). Le passage des drogues illicites (cocaïne, crack, héroïne, etc.) vers les médicaments psychotropes est ainsi fréquent (Protais *et al.*, 2019). Dans l'enquête COSMOS menée dans les Pays de la Loire, 3 % des

personnes interrogées déclarent pratiquer le sniff, une minorité pratique l'injection (moins de 1 %) (Rousselet *et al.*, 2019). Les pratiques peuvent aussi évoluer en prison, le sniff étant plus adapté en milieu carcéral, il peut être préféré à l'injection (Michel *et al.*, 2011 ; Michel *et al.*, 2018 ; Stankoff *et al.*, 2000).

- 4 Les prisonniers sont aussi plus vulnérables en termes d'infections virales. Les données internationales ont montré que la population carcérale est en mauvaise santé, en raison de facteurs individuels et structurels, liés aux conditions d'incarcération. En effet, les prévalences d'infection au VIH et aux hépatites virales sont hautes. En France, « elles varient entre 0,6 % et 2,0 % pour le VIH (3 ou 4 fois plus qu'en population générale) et entre 4,2 % et 6,9 % pour l'hépatite C (4 à 5 fois plus) » (Obradovic, 2012, 1). Les contaminations ont le plus souvent lieu en dehors de la prison, mais le risque est tout de même élevé pour les usagers de drogues qui partagent leur matériel d'injection en prison (Lines *et al.*, 2006), faute de matériel stérile disponible.
- 5 Afin de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues notamment les transmissions de maladies infectieuses, la politique de réduction des risques est apparue dans les années 1980 en France, au moment de la crise de l'épidémie du Sida et d'une prise de conscience progressive quant aux risques liés à l'injection de drogues et aux rapports sexuels non protégés. Cette politique s'est mise en place de manière conflictuelle en raison de divergences en termes de valeurs et d'enjeux de position (Jauffret, 2000) et de différences dans l'appréhension du problème drogue (Bergeron, 1999). S'efforçant de mettre à distance les jugements moraux sur l'usage de drogues, cette politique rompt avec la volonté d'éradiquer les drogues et priorise la nécessité de réduire les dommages associés à la consommation de ces produits, dans une optique de hiérarchisation des risques, le risque infectieux étant considéré comme prioritaire (Ehrenberg, 1996 ; Jauffret-Roustide, 2016). La réduction des risques (RdR) en milieu ouvert se déploie dans différentes structures médico-sociales, principalement dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Dans ces lieux, du matériel est mis à disposition pour les usagers (seringues, pipes à crack, préservatifs, etc.), ils peuvent aussi être accueillis et soutenus dans leurs démarches d'accès aux soins, aux droits, à un logement, d'insertion ou de réinsertion professionnelle.
- 6 En prison, en revanche, la politique de réduction des risques se déploie difficilement, malgré les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour une équivalence de l'accès aux soins et à la prévention entre le milieu fermé et le milieu ouvert (Michel, Jauffret-Roustide, 2019). La réduction des risques en prison constitue une « zone grise où la répartition des tâches demeure mal définie » (Fournié, 1993, cité par Joël, 2018, 59), alors qu'elle apparaît essentielle pour réduire les risques sanitaires tels que les transmissions de maladies infectieuses, les abcès, poussières<sup>3</sup> ou overdoses, présents également en prison. L'OMS préconise d'appliquer cette même politique en milieu fermé depuis 2007, en recommandant le développement des programmes d'échanges de seringues (PES) en prison. Les PES sont reconnus depuis 1995 en France et disponibles en milieu ouvert, mais la direction de l'administration pénitentiaire reste opposée à sa mise en place en prison (Michel, Jauffret-Roustide, 2019). Des travaux à la fois sociologiques et épidémiologiques ont pourtant démontré les liens existants entre usage de drogues, infections virales et prison dès les années 1990 (Rotily *et al.*, 1998 ; Messiah *et al.*, 2001 ; Fernandez, 2010 ; Michel *et al.*, 2011 ; Fédération Addiction, 2014). En 2016, un texte de loi sur la modernisation du système de santé en prison prévoit

d'inclure l'accès aux seringues en détention, mais la mesure est abandonnée, en raison de tensions entre la santé et l'administration pénitentiaire (Michel, Jauffret-Roustide, 2019). Ces résistances aux PES en détention illustrent des « craintes disproportionnées (par rapport aux effets de l'application de cette mesure, observés par les recherches) [...] à la fois parmi les intervenants en prison, les administrateurs de prisons, les décideurs politiques et l'opinion publique voire des détenus eux-mêmes » (Obradovic, 2013, 14). Pourtant, selon les évaluations internationales, les PES ne favoriseraient pas une augmentation de la consommation de produits ou de leurs injections en prison, ne mettraient pas en danger les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire ou les prisonniers, et permettraient finalement une réduction des comportements à risque et de transmission de maladies (Sannier *et al.*, 2012 ; Obradovic, 2013).

- 7 Concernant la réduction des risques liée à la sexualité, les établissements pénitentiaires sont dans l'obligation de proposer des préservatifs et du lubrifiant pour éviter les rapports non protégés. Mais en pratique, selon l'enquête Pri2de (Programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus), « les préservatifs masculins sont le plus souvent accessibles (95 % des établissements), les lubrifiants l'étaient moins souvent (51 %) et les préservatifs féminins encore moins (présents dans seulement 21 % des établissements accueillant des femmes détenues) » (Michel *et al.*, 2011, 410). Si l'utilisation du préservatif est explicitement recommandée dans les textes officiels, leur disponibilité varie selon les prisons, certains professionnels assurant parfois qu'ils ne sont pas autorisés par la direction de leur établissement (Joël, 2018). La sexualité est aujourd'hui encore un sujet tabou en prison tant pour les professionnels que pour les prisonniers, elle est cependant présente au parloir principalement (en témoignent les naissances de « bébés parloirs ») ou lors de rapports entre personnes du même sexe lors de la détention (Ricordeau, 2004 ; Gaillard, 2009).
- 8 Si certaines mesures de réduction des risques ont pu être mises en place en prison (telles que les traitements de substitution aux opiacés, l'accès au dépistage, l'accès aux préservatifs, etc.), leurs accessibilités et les représentations associées varient selon les établissements, les professionnels et les prisonniers. Quelques études qualitatives se sont penchées sur la question de la réduction des risques liés à l'usage de drogue et la sexualité en prison, ou sur les représentations de ces mesures par les professionnels (Benguigui *et al.*, 1994 ; Joël, 2018 ; Dos Santos *et al.*, 2020), cependant, les travaux concernant les représentations par les prisonniers sont rares et peu étudiés avec des méthodologies quantitatives. De plus, si les savoirs théoriques concernant la réduction des risques se sont accumulés en France comme à l'international pour proposer une politique similaire en milieu ouvert comme en milieu fermé, et réduire ainsi les risques liés à l'usage de drogues ou à la sexualité, ces savoirs sont le plus souvent portés par des professionnels de la recherche, du milieu pénitentiaire ou des acteurs de terrain. **Cependant**, les discours et les savoirs des personnes concernées sont rarement mis en valeur dans le débat public sur ces questions. À l'heure où la recherche participative et la valorisation des savoirs expérientiels sont en plein essor en France, il est important de s'interroger sur la place que l'on souhaite donner dans la recherche à la parole des personnes concernées (Petiau, 2021). Donner un rôle majeur aux individus concernés dans l'action et la politique de réduction des risques est d'ailleurs l'un des principes de Denver qui énonce dès 1983 que les fondements de la lutte contre le Sida est de donner une place aux personnes vivant avec le VIH/Sida à tous les niveaux, en les incluant de

la définition à l'élaboration des réponses mises en place pour affronter la maladie (Simon *et al.*, 2012).

- 9 Cet article se propose de rendre visibles ces savoirs en proposant une analyse des représentations qu'ont les prisonniers de la réduction des risques dans quatre prisons françaises. La représentation sociale, concept introduit par Durkheim en sociologie, désigne l'action ou le fait de se représenter quelque chose, il s'agit d'un phénomène complexe constitué de différents éléments tels que les attitudes, croyances, valeurs ou idéologies. La représentation qu'à un groupe social d'un objet s'appuie sur différentes informations qui lui permettent de comprendre et expliquer la réalité, de définir une identité sociale, d'orienter une action en fonction du contexte et enfin de justifier *a posteriori* certains choix et attitudes (Durkheim, 2014). Ainsi, cette contribution repose sur les questions suivantes : comment les mesures de réduction des risques, et particulièrement le matériel d'injection et les préservatifs, sont-elles perçues en prison ? Quelles sont les représentations sociales des prisonniers liées à leur accessibilité ? Comment les prisonniers s'en emparent-ils ? Qu'est-ce que ces opinions nous apprennent-elles et comment les considérer pour envisager une politique adaptée à leurs besoins en prison ? Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur les données de l'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Stratégie de recrutement de l'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons

- 10 Nous mobilisons pour le présent article les données quantitatives issues de l'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons dont la collecte s'est déroulée de 2017 à 2018. Il s'agit d'une extension de l'enquête ANRS-Coquelicot, étude qui porte sur les usages de drogues en milieu libre, qui a pour objectif de mieux connaître les caractéristiques sociales et sanitaires des usagers de drogues, leur situation vis-à-vis des maladies infectieuses (VIH et hépatites) et leurs besoins (Jauffret-Roustide *et al.*, 2013).
- 11 Les objectifs principaux de l'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons sont de décrire la situation sociale et sanitaire des personnes usagères de drogues ou sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) incarcérées en France, de mesurer la fréquence de consommation de drogues et ses modalités à l'intérieur et en dehors de la prison et enfin de comprendre le contexte spécifique de l'exposition aux risques infectieux liés à l'usage de drogues en milieu carcéral.
- 12 L'étude est transversale, multicentrique, anonyme et repose sur une stratégie d'échantillonnage ne permettant pas d'atteindre la représentativité. La méthodologie s'est inspirée de l'enquête Prevacar (Semaille *et al.*, 2013). La procédure d'échantillonnage s'est faite en deux étapes : les établissements pénitentiaires ont été sélectionnés en fonction de leur localisation géographique et de leur taille et nous avons ensuite proposé le questionnaire à tous les prisonniers fréquentant les unités sanitaires et répondant au critère d'inclusion. La participation à l'enquête repose sur le volontariat des usagers de drogues prisonniers qui fréquentent ces unités. La taille de l'échantillon de l'enquête est de 207 personnes. Les participants ont été recrutés parmi les prisonniers séjournant dans les établissements pénitentiaires situés dans quatre zones géographiques (Lille, Marseille, Île de France et Martinique). Le critère d'inclusion était d'interroger tout prisonnier en France, francophone et majeur non

soumis à une mesure d'aménagement de peine, consultant l'unité sanitaire un jour donné et ayant eu des pratiques d'injection ou de sniff (quel que soit le produit) ou tout prisonnier ayant fumé du crack dans les 12 derniers mois ou étant sous TSO au moment de l'enquête. Les médecins/professionnels de santé de chaque établissement étaient chargés du recrutement de l'échantillon et référents de l'enquête, c'est-à-dire qu'ils proposaient à toute personne correspondant au critère d'inclusion de participer à l'étude lors des consultations. L'éligibilité des participants a été vérifiée soit par la connaissance du médecin/professionnel de santé, soit par les informations du dossier médical, soit en interrogeant directement le prisonnier, si les informations n'étaient pas connues par le médecin ou n'apparaissaient pas dans le dossier. Les prisonniers ayant accepté de participer à l'enquête ont alors reçu une lettre d'information, remise par le médecin. Les personnes ne pouvant pas donner leur consentement éclairé, en raison d'un état physique et/ou psychique estimé incompatible avec la passation d'un questionnaire par les enquêteurs ont été exclues de l'enquête. L'anonymat des prisonniers a été garanti puisque les enquêteurs et l'équipe de recherche n'ont jamais eu accès aux informations individuelles des enquêtés (y compris leur numéro d'écrou). Un consentement oral a été recueilli lors de la passation du questionnaire.

- 13 Le critère de non-stigmatisation a été particulièrement pris en compte dans l'ensemble du processus de l'enquête : c'est le médecin qui a été en charge de la procédure de recrutement afin que les enquêteurs n'aient pas accès au dossier médical du prisonnier ; c'est un enquêteur extérieur qui a mené la passation du questionnaire afin de garantir la confidentialité de ces données vis-à-vis du personnel sanitaire de la prison. Un questionnaire en face-à-face a donc été administré au prisonnier par un enquêteur extérieur (de l'institut de sondage Ipsos) au milieu pénitentiaire, dans un espace fermé préservant la confidentialité de l'échange au sein de l'unité sanitaire. Le protocole de l'enquête a été validé par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI) (avis n°15-224).

## 2.2. Méthodes d'analyse

- 14 Pour cet article, plusieurs types d'analyses ont été réalisés. Dans un premier temps, une analyse descriptive des variables d'intérêt a été effectuée, elle inclut des variables portant à la fois sur les caractéristiques sociales des prisonniers et sur les représentations qu'ils ont de la disponibilité du matériel de réduction des risques en prison. Dans un deuxième temps, une modélisation statistique qui repose sur le recodage des 207 réponses (codées par un enquêteur lors de la passation du questionnaire) aux questions ouvertes suivantes : « Seriez-vous favorable au fait que du matériel d'injection stérile soit disponible en détention ? Pour quelles raisons ? » et « Seriez-vous favorable à une meilleure accessibilité des préservatifs en prison ? Pour quelles raisons ? ». Les réponses à ces questions ont été recodées en fonction de la fréquence d'apparition des principaux thèmes soulevés par les enquêtés. Concernant la disponibilité du matériel d'injection en prison, les principaux arguments utilisés par les prisonniers étaient : « éviter les contaminations », « diminuer les risques », « plus hygiénique », « danger », « incitation », « interdit », « pour le bien des usagers » et « immoral ». Concernant la meilleure accessibilité du préservatif en prison, les principaux arguments étaient : « se protéger des maladies », « contre les rapports homosexuels », « pour les autres, je ne suis pas concerné », « pas besoin, pas de femmes », « pour le parler » et « déjà accessible ». Les arguments utilisés sont divers,

ils regroupent des arguments liés à la santé, au danger, à la moralité ou encore aux expériences personnelles ou globales des prisonniers. Certains arguments sont cependant plus utilisés que d'autres (voir Tableau I).

**Tableau I. Variables recodées à partir des questions ouvertes et pourcentage de la présence des arguments**

% ligne et nombre de répondants en italique		Présence d'argument	Absence d'argument
Matériel d'injection	Argument sanitaire « éviter les contaminations », « diminuer les risques », « plus hygiénique »	26,6 55	73,4 152
	Argument relevant du danger/de la loi « danger », « incitation », « interdit »	34,3 71	65,7 136
	Argument moral « pour le bien des usagers », « immoral »	17,4 36	82,6 171
Préservatif	Argument sanitaire « se protéger des maladies »	7,7 16	92,3 191
	Argument moral « contre les rapports homosexuels »	6,3 13	93,7 194
	Argument cas personnel: « pour les autres je ne suis pas concerné », « pas besoin, pas de femmes »	54,6 113	45,4 94
	Argument global sur la prison « pour le parloir », « déjà accessible »	9,7 20	90,3 187

- 15 Après avoir recodé en arguments types les réponses de nos deux questions d'intérêt, une analyse des correspondances multiples (ACM) a été réalisée afin d'évaluer la présence ou l'absence d'arguments en fonction des déterminants sociodémographiques des individus. L'ACM permet de modéliser l'opinion des prisonniers en une représentation visuelle de l'espace social (Duval, 2013) en rapprochant les individus qui partagent des caractéristiques et opinions similaires. Cette technique permet de regrouper et hiérarchiser l'information collectée par plusieurs variables en mesurant les associations qui les unissent les unes aux autres.
- 16 Lors de la création du modèle nécessaire à la réalisation de l'analyse des correspondances multiples, nous avons retenu 11 variables (voir le Tableau II) : l'injection au cours de la vie ; la présence d'arguments sanitaires, d'arguments relevant du danger ou de la loi, d'arguments moraux, d'arguments personnels, d'arguments globaux sur la prison, l'avis sur une meilleure disponibilité du préservatif en prison (variable dichotomique) ; l'avis sur une mise à disposition du matériel d'injection en prison (variable dichotomique) ; et le fait d'avoir eu au moins un rapport sexuel dans

les 12 derniers mois. Les types d'arguments regroupent des individus favorables et défavorables à la réduction des risques, nous n'avons pas créé de variables exclusives (favorable vs défavorable) puisque cela aurait polarisé l'ACM, et ne nous aurait pas apporté de fait, des éléments d'explication dans la population générale de l'enquête mais seulement dans deux sous-groupes identifiés.

- 17 Les variables « injection au cours de la vie » ainsi que « rapport sexuel dans les 12 derniers mois » ont été utilisées comme des variables actives dans le modèle car elles ne servent pas d'appui à l'interprétation comme cela peut être le cas pour les variables supplémentaires mais comme des expériences individuelles faisant partie de la construction des représentations autour du préservatif et du matériel d'injection.
- 18 Une classification ascendante hiérarchique (CAH) a ensuite été effectuée à partir de l'ACM. Cette méthode rend possible la création de classes d'individus en fonction de la proximité de leurs réponses, permettant une quantification précise. Elle met en relief les liens hiérarchiques entre les individus ou groupe d'individus et permet de détecter les groupes qui se démarquent le plus. Ces derniers sont à la fois homogènes de par la « minimisation de la variabilité intra-groupe » mais aussi différenciés de par la « maximisation de la variabilité intergroupe » (Spilka *et al.*, 2019, 6). Elle permet finalement la détection de nombre de classes « naturelles » au sein de la population étudiée. Dans cette analyse, nous faisons l'hypothèse que chaque classe d'individus représente un point de vue spécifique lié à l'opinion des prisonniers, cependant ces classes ne sont pas radicalement indépendantes les unes des autres. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique R.

### 3. Comprendre la structuration des opinions

- 19 Tout d'abord, il est important de s'attarder sur la comparaison de nos deux objets d'étude, le préservatif et le matériel d'injection. Cette analyse repose sur les opinions des prisonniers concernant ces deux matériels et leur comparaison (permettant de comprendre l'opposition ou l'adhésion à ces deux matériels conjointement) en prison, mais ils ne recouvrent pas les mêmes problématiques. Proposer des seringues stériles en prison n'implique pas les mêmes défis que proposer une meilleure disponibilité du préservatif (ces derniers étant légalement déjà présents). Il existe une différence fondamentale entre la gestion des risques associés à la sexualité et celle des risques associés aux consommations de drogues. La question de la consommation de produits suscite de nombreuses préoccupations à l'égard des risques éventuels, contrairement à la sexualité qui suscite des préoccupations liées à un système de représentations genré (agressions sexuelles, transactions sexuelles, stigmatisation de l'homosexualité) (Joël, 2018). Étudier les représentations du matériel d'injection et du préservatif conjointement ici, nous permettra d'intégrer deux composantes qui font partie d'une même sphère et qui soulèvent des problématiques différentes, celle de la réduction des risques.
- 20 Dans notre échantillon, une majorité de prisonniers (58,4 %) est défavorable à la mise à disposition de matériel d'injection stérile, 35,3 % des prisonniers sont favorables et 6,3 % des individus ne se prononcent pas. Concernant la meilleure accessibilité du préservatif, 57 % des prisonniers sont défavorables, 32,4 % y sont favorables et 10,6 % d'entre eux ne se prononcent pas. À titre de comparaison, l'étude faite à Liancourt en 2011 sur 381 individus (Sannier *et al.*, 2012) montrait que 49,9 % des enquêtés

« déclaraient ne pas être intéressés par les kits à injection », ce qui peut recouvrir des situations variées (de non concerné à une opposition). Dans cette même étude, pour 51,9 % des répondants, « le kit injection encouragerait la consommation de drogues ». Ici, la part des personnes défavorables (pas celles qui ne sont pas intéressées comme dans l'étude Liancourt) représente plus de la moitié de l'échantillon. On retrouve des tendances proches dans les deux études bien que les questions posées et les établissements étudiés ne soient pas les mêmes. Dans notre étude, 15,9 % des prisonniers sont favorables aux deux matériels de réduction des risques en prison et 37,2 % des prisonniers sont défavorables aux deux matériels. Le reste de l'échantillon est favorable soit à l'un soit à l'autre. La suite de l'analyse porte sur les raisons de ces positionnements à travers l'exploitation des réponses déclarées dans les deux questions et la création d'une ACM.

- 21 L'ACM présentée ici s'organise autour de deux principaux axes (Figure 1). Le premier se structure autour de l'opinion vis-à-vis de la mise à disposition du matériel d'injection, opposant les personnes qui sont contre la disponibilité du matériel d'injection en prison (sur la gauche) à ceux qui y sont favorables (sur la droite), cet axe résume 23,8 % du modèle. La seconde dimension rassemble quant à elle les variables liées à l'opinion sur le préservatif en prison et résume 14 % du modèle. Elle oppose en haut du graphique les personnes favorables à une meilleure accessibilité du préservatif en prison à celles qui ne sont pas favorables à cette mesure en bas du graphique. Les personnes défavorables aux deux matériels se retrouvent dans le quart inférieur gauche du graphique.

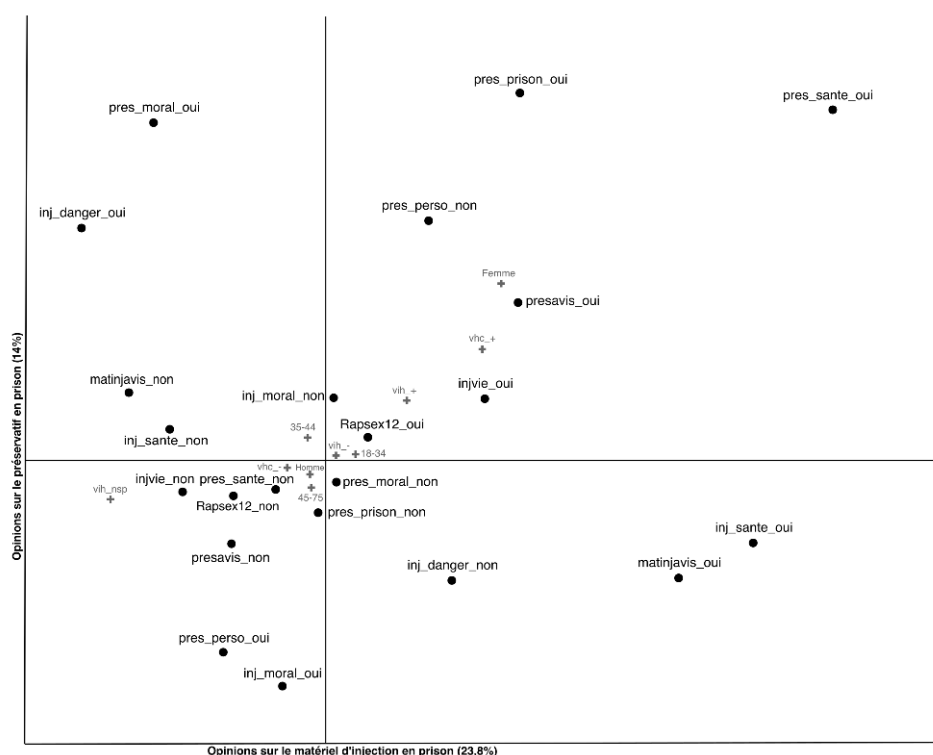
Tableau II. Glossaire de l'analyse des correspondances multiples

Question	Code de la modalité	Signification de la modalité
<b>Opinions des prisonniers, usages de drogues et rapports sexuels</b>		
Injection au cours de la vie	Injvie_oui	Avoir déjà injecté
	Injvie_non	Ne jamais avoir injecté
Opinion concernant le matériel d'injection : argument sanitaire	Inj_arg_sante_oui	Présence d'argument sanitaire
	Inj_arg_sante_non	Absence d'argument sanitaire
Opinion concernant le matériel d'injection : argument relevant du danger/de la loi	Inj_arg_danger_oui	Présence d'argument lié au danger/à la loi
	Inj_arg_danger_non	Absence d'argument lié au danger/à la loi
Opinion concernant le matériel d'injection : argument moral	Inj_arg_moral_oui	Présence d'argument moral
	Inj_arg_moral_non	Absence d'argument moral

Opinion concernant le préservatif : argument sanitaire	Pres_arg_sante_oui	Présence d'argument sanitaire
	Pres_arg_sante_non	Absence d'argument sanitaire
Opinion concernant le préservatif : argument moral	Pres_arg_moral_oui	Présence d'argument moral
	Pres_arg_moral_non	Absence d'argument moral
Opinion concernant le préservatif : argument cas personnel	Pres_arg_perso_oui	Présence d'argument personnel
	Pres_arg_perso_non	Absence d'argument personnel
Opinion concernant le préservatif argument global sur la prison	Pres_arg_prison_oui	Présence d'argument global
	Pres_arg_prison_non	Absence d'argument global
Avis sur l'accessibilité du matériel d'injection en prison	Matinjavis_oui	Être favorable
	Matinjavis_non	Être défavorable
Avis sur une meilleure disponibilité du préservatif en prison	Presavis_oui	Être favorable
	Presavis_non	Être défavorable
Avoir eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois	Rapsex12_oui	Avoir eu un rapport sexuel
	Rapsex12_non	Ne pas avoir eu de rapport sexuel
<b>Variables supplémentaires – Caractéristiques sociodémographiques et statut sérologique</b>		
Sexe de l'enquêté	Homme	Être un homme
	Femme	Être une femme
Âge de l'enquêté	18-34	Entre 18 et 34 ans
	35-44	Entre 35 et 44 ans
	45-75	Entre 45 et 75 ans
Statut sérologique vis-à-vis du VIH	Vih_+	Séropositif au VIH
	Vih_-	Séronégatif au VIH
	Vih_nsp	Ne connaît pas son statut vis-à-vis du VIH

Statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite C	Vhc_+	Séropositif au VHC
	Vhc_-	Séronégatif au VHC

Figure 1. Analyse des correspondances multiples (axes 1 et 2) entre les opinions des prisonniers sur l'accessibilité **au** matériel d'injection et **au** préservatif en détention



Source : Enquête « ANRS-Coquelicot-Prisons », 2018.

### 3.1. L'expérience de l'injection et l'utilisation d'arguments sanitaires, des indices d'adhésion à la RdR en prison

- 22 Qu'il s'agisse de rendre disponibles des seringues stériles ou de proposer des préservatifs de manière plus systématique en prison, il ressort que l'expérience de l'injection chez les prisonniers conditionne leurs opinions liées à la réduction des risques de manière plus générale (la réduction des risques incluant les risques liés à l'usage de drogues mais également à la sexualité). En effet, les personnes ayant déjà injecté des produits psychoactifs (quel que soit le produit) sont pour la plupart en faveur des mesures qui réduiraient les risques liés à cette pratique en milieu ouvert et fermé. Cette opinion peut s'expliquer parce qu'ils poursuivent eux-mêmes leurs injections en prison et peuvent avoir besoin de matériel stérile, parce qu'ils ont une meilleure connaissance des risques associés à une fabrication ou une réutilisation de matériel, ou parce qu'ils sont plus sensibilisés à l'approche de réduction des risques pour les autres, s'ils ont eux-mêmes arrêté d'injecter.
- 23 Dans l'étude réalisée à Liancourt, parmi les 5 personnes qui déclaraient **s'**injecter en prison, 3 pensaient que la mise à disposition de kits d'injection n'encourageait pas la

consommation de drogues (Sannier *et al.*, 2012), les opinions de ces prisonniers vont ici à l'encontre de ce que l'on retrouve dans la majorité des opinions des répondants de l'étude de Liancourt qui mettent en avant l'incitation à la consommation. Ainsi, les usagers injecteurs en prison seraient ici plus en accord avec les données issues des études scientifiques qui confirment que les programmes d'échange de seringues n'encouragent pas la consommation en prison (Obradovic, 2013).

- 24 Au-delà de l'expérience de l'injection, la fréquentation des structures en milieu libre par les usagers injecteurs et les connaissances liées aux risques sanitaires et sociaux, peuvent expliquer une plus grande adhésion des prisonniers sur ces questions, car ces centres mettent également à disposition gratuitement des préservatifs et dispensent des conseils en matière d'éducation à la santé sexuelle. La sensibilisation globale aux mesures de réduction des risques, qu'elle ait lieu dans les structures, avec des professionnels ou qu'elle soit apprise indépendamment semble déterminante dans la structuration des opinions favorables.
- 25 Les différents arguments utilisés par les prisonniers (santé, morale, danger, loi, etc.) expliquent leurs positions sur ces questions. On observe ici que les personnes favorables aux préservatifs ou kits d'injection ne mentionnent pas des arguments de danger ou faisant référence à la loi ou à l'incitation, en revanche elles mentionnent systématiquement des arguments sanitaires. Ce qui vient confirmer l'idée que les personnes favorables à l'accessibilité des outils de réduction des risques en prison sont mieux informées et/ou accordent plus d'importance aux dangers sanitaires (transmissions de maladies, hygiène) que celles qui y sont défavorables. Ces derniers citent facilement des arguments de peur quant à la situation en prison dans leurs commentaires : « les gens peuvent s'en servir comme arme » ; « il y aurait trop de guerres, trop de violence » ou « les gens vont s'injecter en prison et se piquer entre eux. Ça peut être dangereux à cause de la seringue car les détenus peuvent injecter une bulle d'air à un autre détenu ». Les personnes défavorables mentionnent plus des raisons liées au danger que des raisons sanitaires.
- 26 Ainsi, l'utilisation d'arguments sanitaires est un élément central dans le fait d'être favorable à l'accessibilité des outils de réduction des risques en prison comme le fait d'avoir une expérience de l'usage. Les personnes utilisant ces arguments sont les plus « progressistes » dans leur manière d'envisager la réduction des risques en prison. En considérant que le progrès réside dans le fait de 1) Proposer des seringues stériles en prison de manière encadrée pour éviter les injections « sauvages » à haut risque de transmission de maladies infectieuses 2) Proposer des préservatifs plus systématiquement afin d'éviter la transmission des infections sexuellement transmissibles.

### 3.2. Un lien entre individualisme et opposition à la disponibilité du préservatif

- 27 L'accessibilité du préservatif est un élément intéressant puisque la structuration des opinions réside dans le point de vue adopté par les prisonniers, c'est-à-dire soit un point de vue lié à une expérience ou à des besoins personnels, soit lié à une demande collective sans que la personne ne soit personnellement concernée, ce qui diffère des opinions à l'égard du matériel d'injection. Au sujet du préservatif, les personnes défavorables sont le plus souvent celles qui ont des arguments que l'on nomme

« personnels » ou individualistes, c'est-à-dire celles qui abordent leurs expériences ou besoins personnels et qui bien souvent ne se sentent pas concernées par les problématiques carcérales lorsqu'elles sont en détention : « je n'ai pas ma femme près de moi donc je n'ai pas besoin de ça » ; « je ne suis pas concerné du tout, y a pas de femmes ». À l'inverse, les prisonniers qui adoptent un point de vue plus général et altruiste, que l'on retrouve dans l'argument « global sur la prison », ne s'appuient pas forcément sur leurs besoins mais plutôt sur les besoins de la « communauté » des prisonniers. Ils sont majoritairement favorables à la meilleure disponibilité du préservatif en prison : « si le type va au parloir ce serait bien qu'il puisse s'en procurer plus facilement » ; « pour ceux qui ont des parloirs, des visites conjugales ».

- 28 Les personnes favorables au préservatif en prison sont aussi celles qui utilisent des arguments sanitaires en abordant les dangers liés aux rapports sexuels non protégés, comme pour le matériel d'injection. En revanche, l'utilisation du préservatif en dehors de la prison n'est pas un élément constitutif des axes dans l'ACM, cette variable a donc été retirée. Concernant les rapports sexuels dans les 12 derniers mois, ceux qui ont eu des rapports dans les 12 derniers mois sont légèrement plus favorables.
- 29 Dans les deux cas, avoir recours à des arguments sanitaires est un indice puissant pour comprendre l'adhésion des prisonniers vis-à-vis de ces mesures, comme le fait d'adopter un point de vue global sur la prison et non pas se centrer uniquement sur son expérience personnelle dans le cas du préservatif.
- 30 Concernant les variables supplémentaires, il ressort qu'être une femme accentue l'adhésion aux deux matériels, le fait d'être plus âgé aussi. La durée de l'incarcération qui varie entre moins d'un mois à plus de six mois, n'a pas d'impact, les individus sont tous répartis de manière homogène dans les groupes (cette variable a donc été retirée du plan factoriel). Concernant le statut sérologique des prisonniers, on observe que les individus séropositifs à l'hépatite C sont plus favorables que ceux qui ne le sont pas. Quant au VIH, on remarque que les individus qui ne connaissent pas leur statut sérologique sont très hostiles à ces mesures, on fait ici l'hypothèse que ces individus ne sont pas renseignés comme ils pourraient l'être sur ces questions ou qu'ils n'y accordent pas d'importance, ce qui a une répercussion sur leurs opinions et par conséquent sur leurs connaissances des risques sanitaires. Finalement, ce sont les variables sexe et âge qui déterminent le plus les représentations des prisonniers, après l'expérience de l'injection et l'utilisation d'arguments sanitaires.

## 4. Typologie des opinions

### 4.1. Description des classes

- 31 À partir de cette ACM, une classification ascendante hiérarchique a été réalisée pour créer une typologie des représentations, elle nous permet de mettre en lumière les variables constitutives dans la composition de groupes d'individus partageant les mêmes opinions. Six principales classes se sont dégagées naturellement dans les analyses. Ces six groupes peuvent être appréhendés comme une échelle allant des prisonniers les plus conservateurs aux prisonniers les plus progressistes, c'est-à-dire ceux qui, d'un côté, sont favorables aux deux matériels, et ceux qui, de l'autre, s'y opposent.

- 32 La classe n° 1 comprend des individus qui sont défavorables aux préservatifs et au matériel d'injection qui utilisent, pour justifier leurs positions, des arguments liés aux dangers que cela provoquerait dans la prison ou qui se basent sur leur expérience individuelle. Cette première classe, que l'on nomme les « conservateurs de normes et de valeurs », témoigne d'une défiance accrue à la réduction des risques. Ils sont attachés aux valeurs de société qui soutiennent que la prison est un lieu de contrôle au sein duquel l'usage de drogues ou les rapports sexuels ne peuvent pas avoir leur place. Ils sont aussi nombreux à penser que proposer des préservatifs ou du matériel d'injection en prison serait de l'incitation à la consommation de drogues ou aux rapports sexuels, on retrouve d'ailleurs ces idées dans certains de leurs propos : « il va y avoir trop de drogues et ça va se piquer partout », « ça risque de tenter les détenus, les pousser à s'injecter n'importe quoi » ou concernant les rapports sexuels « ça serait inciter les détenus à avoir des rapports entre eux ».
- 33 La classe n° 2 se distingue en intégrant des individus principalement contre le préservatif qui utilisent uniquement des arguments moraux. Cette deuxième classe que l'on nomme les « moralisateurs vis-à-vis de la sexualité », regroupe des personnes utilisant toutes le même type d'argument lié à une sexualité immorale : « on n'adhère pas à ce genre de chose » ; « c'est dégueulasse parce qu'il n'y a pas de femme et que c'est pour faire ça entre hommes ». En revanche, les individus de cette classe ne sont pas en opposition frontale avec l'idée de rendre disponible du matériel d'injection en prison, les opinions sur cette question et les arguments utilisés sont assez divers.
- 34 La classe n° 3 est une classe très semblable à la précédente, l'élément qui les différencie réside dans l'utilisation d'arguments moraux cette fois-ci envers le matériel d'injection et les drogues. Ce groupe que l'on appelle les « moralisateurs vis-à-vis des drogues » s'oppose à la mise à disposition des seringues stériles en prison : « ils ne doivent pas se piquer » ; « sinon ça sert à rien de se battre contre la drogue » ; « c'est pas bien, c'est malheureux ». Les individus de ce cluster sont en majorité défavorables aux deux matériels, en revanche ils le sont moins radicalement que dans la classe n° 1. Le type d'argument utilisé en fait un groupe singulier, l'imaginaire autour de la drogue, de son danger, de son caractère immoral est prégnant dans leurs opinions.
- 35 La classe n° 4 appelée les « progressistes » concentre les individus qui pensent ces questions sur le système carcéral de manière globale sans utiliser d'arguments de type personnel. Cette classe regroupe en majorité les femmes de notre échantillon, elles sont pour la plupart favorables à l'injection et ne sont pas opposées aux préservatifs même si leurs opinions divergent sur ce point, elles déclarent par exemple « pour le parloir lors d'une visite mais pas ailleurs, sinon mauvaise idée pour certaines personnes » ou encore « ça va comme ça, mais comme j'en utilise pas peut-être que je vois pas bien, peut-être qu'il devrait y en avoir dans le bureau des surveillants ».
- 36 La classe n° 5 que l'on appelle les « partisans de la réduction des risques en matière de drogues » témoigne d'une acceptation totale à l'idée que du matériel d'injection soit disponible en prison, ces derniers utilisent tous des arguments sanitaires : « c'est sûr qu'il y a des gens qui s'injectent et ce serait mieux qu'une infirmerie leur donne une seringue propre s'ils la demandent » ; « pour l'hygiène et la prévention des risques, on sait que des stupéfiants, il y en a en prison, alors autant limiter les risques ». Une grande proportion des prisonniers dans cette classe est aussi favorable au préservatif en prison, mais pas la totalité.

- 37 Finalement, la sixième classe que l'on nomme les « partisans unanimes de la réduction des risques » regroupe tous les prisonniers qui sont favorables à la réduction des risques en prison quel que soit le matériel. Ils sont tous en faveur d'une meilleure acceptabilité du préservatif en déclarant par exemple : « pour éviter les maladies » ; « pour que les détenus se protègent » ; « pour ceux qui en ont besoin, c'est le mieux pour éviter les transmissions de virus ». En revanche, ils n'utilisent pas forcément des arguments sanitaires pour l'injection mais sont toutefois très favorables à cette mesure en prison.
- 38 Ces six classes témoignent de la diversité des représentations des prisonniers. Si des nuances sont à apporter puisque ces classes ne sont pas totalement indépendantes, les différences que l'on retrouve entre chaque individu de classes éloignées nous montrent de quelle manière ces opinions sont liées à la trajectoire de l'individu, ses caractéristiques sociodémographiques et expériences.

## 4.2. Disparités des représentations en fonction du genre et de l'âge

- 39 Si l'expérience de l'injection ou l'utilisation d'arguments sanitaires sont les principaux facteurs de l'adhésion aux mesures de réduction des risques en prison, le genre et l'âge des prisonniers conditionnent également leurs représentations.
- 40 Les femmes se retrouvent en majorité dans les classes n° 4 et 6, qui font partie des classes les plus progressistes. En prison, les femmes sont plus impliquées que les hommes dans la prévention, la réduction des risques et les questions sanitaires (Joël, 2018), ce qui peut expliquer leur approbation dans le fait de mettre à disposition du matériel d'injection et des préservatifs<sup>4</sup> en prison. Cette idée fait écho au travail de *care* (« souci des autres ») fondé sur des proximités relationnelles, du « prendre soin », investies très majoritairement par les femmes (Molinier, 2013) en milieu ouvert et par les soignantes en milieu fermé (Bessin, Lechien, 2002). Ce travail invisible et très féminisé, pourrait expliquer la manière dont les prisonnières envisagent les besoins sanitaires des autres, et le prendre soin indirectement. Aussi, en milieu ouvert, elles sont plus nombreuses à avoir un suivi médical régulier que les hommes, les représentations de la « bonne santé » diffèrent (Montaut, 2010). Elles seraient en milieu carcéral plus sensibilisées aux questions de santé, moins sensibles aux préjugés et par conséquent plus favorables aux mesures de réduction des risques.
- 41 Les femmes sont minoritaires en prison, elles sont 2 693 en France (Métropole et Outre-Mer) et représentent seulement 3,7 %<sup>5</sup> de la population détenue<sup>6</sup> (le sexe est d'ailleurs la variable sociologique la plus discriminante en matière de prison, suivie de l'origine sociale et de la disqualification scolaire (Chantraine, 2004)). Il n'est donc pas possible de généraliser nos analyses concernant la réduction des risques en prison en fonction du genre, nous pouvons en revanche souligner le fait que la totalité des femmes de notre échantillon mobilise des arguments qui ne sont pas liés à la morale ou à la loi contrairement aux hommes.
- 42 Du côté de l'âge, on observe que les individus de 18 à 30 ans sont plus présents dans les premières classes (1,2,3) que dans les dernières, à l'inverse des prisonniers plus âgés. On remarque que plus les prisonniers sont jeunes plus ils sont « conservateurs ».
- 43 Si la consommation de cannabis n'est pas stigmatisée en prison, ce n'est pas le cas de la prise de médicaments ou de TSO et des pratiques d'injection qui restent associées aux représentations du « shlag » ou du « toxico » (Protais *et al.*, 2019). Les hommes jeunes

qui vivent leur première incarcération ou qui débutent dans leurs trajectoires d'usagers ne souhaitent pas être catégorisés comme tels. Tout un imaginaire négatif est alors construit autour du « tox » en prison, qu'il convient de stigmatiser pour s'en distinguer. Ce rapport aux usagers de drogues peut expliquer en partie des attitudes « conservatrices » vis-à-vis de la réduction des risques en raison de la nécessité de créer une barrière entre « eux » (« les cachetonnés », les « shlags ») et « nous » (Duprez, Kokoreff, 2000 ; Peretti-Watel, 2002).

- 44 En prison, les jeunes prisonniers appartenant aux classes populaires sont aussi fortement surreprésentés (Chantraine, 2004), ce qui peut avoir un impact sur les rapports et normes liés à la consommation de drogues, différents de ceux que l'on retrouve dans les classes sociales plus favorisées (Castel, 1998). Ces opinions sont également le reflet du manque d'informations sur les pratiques d'exposition aux risques infectieux et les moyens de prévention. En milieu ouvert, les mêmes logiques s'appliquent, les jeunes fumeurs de cannabis (les répondants de notre échantillon âgés de 18 à 34 ans ne sont pas systématiquement fumeurs de cannabis, en revanche ils fréquentent l'unité sanitaire et consomment de fait au moins un produit psychoactif) stigmatisent ainsi un « "groupe à risque" auquel ils n'appartiennent pas, pour souligner par contraste l'innocuité relative de leur propre consommation » (Peretti-Watel, 2002, 28). À l'inverse de ce qui est observé habituellement dans les enquêtes d'opinion menées en population générale, en avançant en âge, les prisonniers ont des opinions qui deviennent plus « progressistes ». En effet, dans les carrières d'usage de drogues, l'âge est un facteur important, plus l'individu est âgé plus il a accumulé des connaissances sur les consommations, pratiques, risques et moyens de prévention. Ainsi, l'âge peut être un indicateur de connaissances lié à la réduction des risques et aux améliorations que cela induit dans la diminution des conduites à risques (addictives ou non).
- 45 D'autres variables socio-économiques et sanitaires sont susceptibles de construire les opinions, comme le statut professionnel avant l'incarcération. Les analyses ont mis en évidence que les prisonniers qui ne travaillaient pas avant leur incarcération ont des opinions légèrement plus favorables à la réduction des risques (ils sont plus nombreux dans les dernières classes) que ceux qui travaillaient. Ces derniers sont les plus présents dans les classes n° 2 et 3 qui représentent les opposants aux préservatifs et au matériel d'injection avec l'utilisation d'arguments moraux exclusivement. Comme dans le cas de l'âge, le rapport au stigmate peut expliquer ce résultat concernant le matériel d'injection. Les travailleurs avant incarcération ne s'identifient pas non plus aux personnes qui consomment des drogues par injection et fréquentent les structures de réduction des risques à l'extérieur et qui sont le plus souvent sans emploi. Dans l'enquête ANRS-Coquelicot réalisée en milieu libre, plus des trois quarts des usagers (79 %) étaient sans emploi (Jaufret-Roustide *et al.*, 2013). De plus, les travailleurs ont souvent moins le temps d'aller dans ces structures. À l'instar des jeunes, ils peuvent ainsi mettre en œuvre une distanciation sociale pour éviter de se voir étiqueté comme une personne précaire et désinsérée. À l'inverse, ceux qui ne travaillent pas pourraient, quant à eux, assumer le poids du stigmate ou s'en défaire pour déclarer une opinion sans craindre une assimilation à ceux qui ne leur ressemblent pas.
- 46 Nous avons également étudié l'importance du statut sérologique des prisonniers dans la structuration des opinions, il s'avère que les statuts vis-à-vis du VIH ou de l'hépatite C n'ont pas d'influence dans la formation des classes, ce ne sont pas des

éléments déterminants. Toutefois, les personnes séronégatives vis-à-vis de l'hépatite C se retrouvent en majorité chez les « conservateurs de normes et de valeurs ». Ceci confirme l'idée que les personnes qui n'ont pas fait l'expérience de la contamination par le VIH et/ou l'hépatite C sont moins au courant des enjeux liés à la réduction des risques, ils ne sont pas favorables aux deux matériels. Finalement, nous avons aussi fait l'hypothèse que la durée de l'incarcération pouvait avoir une influence sur les représentations des prisonniers, mais celle-ci ne se vérifie pas dans les analyses.

### 4.3. Hostilité à la RdR en prison (stigmatisation et attachement aux normes et valeurs)

- 47 Si l'utilisation d'arguments sanitaires est un indicateur de l'adhésion aux mesures de réduction des risques en prison, la peur du stigmatisme est celle de l'opposition à ces mesures. La stigmatisation est « une construction sociale renvoyant à une classification considérée comme négative dans un espace, une culture ou encore une période donnée » (Ainlay *et al.*, 1986, cité par Rochedy, 2015, 2), elle est définie comme « la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (Goffman, 1975, 7). Ces stigmates peuvent être fluctuants comme temporaires, et peuvent entraîner des conséquences sociales, politiques, individuelles et communautaires (Héas, Dargère, 2014). Aussi, l'existence de ces stigmates produit un étiquetage des personnes stigmatisées (Becker, 1985) et donc une mise à distance de l'étiquette par les non stigmatisés, ce que l'on retrouve ici chez les individus qui ne veulent pas être associés aux figures d'usagers de drogues dépendant ou de personne homosexuelle. Cette distanciation associée au stigmatisme est présente dans différents types d'arguments, pour le préservatif et le matériel d'injection. Les premières classes de notre CAH concernent les individus ayant les opinions les plus conservatrices, ces derniers sont aussi ceux qui ont le plus peur de la stigmatisation liée à l'addiction et/ou à l'injection en prison. La stigmatisation liée à la consommation de drogues est marquée en prison et s'applique tout particulièrement aux pratiques d'injection (Lhuilier *et al.*, 1999 ; Protais *et al.*, 2019). Elle reste toutefois moins bien documentée que celle liée à l'homosexualité en prison (Joël, 2018). Les pratiques d'injection sont associées à des valeurs négatives telles que « l'abandon de soi, la morbidité et la nocivité » (Aymard, Lhuilier, 1997, 97).
- 48 Au sein même des groupes stigmatisés, les prisonniers ou les usagers de drogues en milieu ouvert, se rejouent plus finement des phénomènes de stigmatisation. Aux yeux du fumeur de crack, l'usager injecteur appartient à un niveau inférieur dans l'échelle sociale. En prison, ces mécanismes se reproduisent, les fumeurs de cannabis stigmatisent ceux qu'ils considèrent comme inférieurs (les prisonniers qui consomment des médicaments ou des produits plus « durs », cocaïne, héroïne, etc.). Dans ces deux contextes, la stigmatisation intériorisée de sa propre consommation de substances entraîne une hiérarchie sociale entre les individus, il y a toujours « pire que soi », et « les comportements, les normes et les valeurs de ce groupe seront alors accentués et renforcés, créant ainsi une sous-culture très fermée », voire excluante (Decorte, 2010, 324).
- 49 Les prisonniers rejetant la réduction des risques utilisent ces déclarations pour mettre à distance les groupes les plus marginalisés dans lesquels ils ne se reconnaissent pas. Cette mise à distance permet aussi au prisonnier de ne pas subir des difficultés

supplémentaires avec les pairs ou les professionnels pénitentiaires. Cette stigmatisation de l'usage de drogues, de la consommation de produits dits « durs » et de l'injection peut avoir des conséquences graves pour les personnes concernées. En prison, « ces situations peuvent conduire jusqu'à l'arrêt du traitement (VIH) par les personnes concernées. Certains détenus procèdent ainsi à un calcul coûts-bénéfices du traitement » (Joël, 2018, 142). L'arrêt du traitement permet d'éviter l'étiquetage de « personne malade » ou « injecteur de drogues » et les risques sociaux qui sont liés à cela (violences, traitement différencié par les professionnels, etc.).

- 50 Le rapport au stigmatisme est aussi lié à la classe sociale, on a remarqué que dans les classes les plus progressistes, les individus n'ayant pas de travail sont plus nombreux. Ces personnes potentiellement moins **insérées**, ont un rapport différencié à l'étiquette. En effet, un individu plus précaire, qui côtoie les structures de réduction des risques est peut-être plus à même d'intérioriser cette stigmatisation et de l'assumer plus aisément qu'une personne insérée (qui a un travail, un logement, une famille, etc.), éloignée de ces mêmes structures et moins habituée à côtoyer d'autres usagers en situation de dépendance aux drogues.
- 51 Du point de vue de la sexualité, les opinions s'expliquent par l'adéquation aux normes et valeurs sociales. Dans l'imaginaire collectif, les rapports homosexuels masculins existent en prison, là où les rapports sexuels lesbiens sont encore peu envisagés et considérés comme moins problématiques quant au stigmatisme associé. Appartenir à ce groupe pour les prisonniers les plus conservateurs est inconcevable et avoir une opinion positive de ces pratiques peut les légitimer. L'homophobie est prégnante en milieu carcéral masculin (Ricordeau, 2004), elle renvoie avant tout aux appartenances sociales et religieuses des prisonniers, celle-ci étant plus marquée dans les groupes sociaux populaires que dans les autres groupes sociaux (Bozon, 2002). La question du préservatif se complexifie alors avec celle de l'homophobie en prison.
- 52 À l'inverse, des arguments moraux « progressistes » ont été déclarés dans le cas des kits d'injection particulièrement. Les prisonniers qui ont une approche plus globale de la question pensent, même s'ils ne sont pas concernés directement, que proposer du matériel de réduction des risques en prison serait une bonne chose pour les usagers qui consomment. Bien qu'étant minoritaires, il est intéressant de voir qu'une approche morale est utilisée : « pour le bien ».
- 53 Se dégage une vision binaire du bien et du mal dans les opinions des prisonniers attachés aux normes et valeurs, qui s'explique, pour les opinions négatives, par le paradoxe de proposer du matériel d'injection alors que l'usage de drogues (d'autant plus en injection) est interdit en prison. Pour le préservatif, il y aurait là aussi un paradoxe social et non légal, dans le fait de mettre à disposition des préservatifs qui encourageraient les rapports homosexuels, qui sont très peu acceptés socialement en prison. Proposer ces dispositifs est compris comme étant une incitation à des comportements sexuels et addictifs qui n'ont pas leur place en prison. Dans l'étude menée au centre pénitentiaire de Liancourt, 51,9 % des prisonniers considéraient que l'accès au matériel d'injection encourageait la consommation de drogues. Malgré ceci, les prisonniers ayant une vision plus positive de ces mesures encouragent le fait de proposer du matériel « pour ceux qui en ont besoin », qu'ils aient les moyens nécessaires pour réduire les risques sanitaires et par conséquent une détention plus sereine.

## 5. Conclusion

- 54 Finalement, ce travail nous a permis de décrire et d'analyser les représentations des prisonniers, qui sont les premiers concernés mais qui constituent les publics les moins mobilisés dans les travaux liés aux opinions. L'approche quantitative, utilisée ici, mais généralement peu empruntée dans ce cadre (souvent en raison d'effectifs limités) a donné lieu à une classification qui documente finement la diversité d'opinions liées aux outils de réduction des risques. Cette diversité s'observe avec les différents types d'arguments mobilisés par les prisonniers pour appuyer leurs avis. Là où l'utilisation d'arguments sanitaires peut être interprétée comme une garantie de progrès chez les individus, l'utilisation d'arguments moraux, liés au danger ou à leur expérience personnelle est ici interprétée comme un signe de conservatisme. L'utilisation d'arguments sanitaires montre que les représentations sont liées aux connaissances. Plus les individus sont conscients des risques liés à l'usage de drogues par injection ou aux rapports sexuels non protégés, plus ils sont à même de comprendre l'utilité de la réduction des risques en prison. La familiarité des prisonniers avec les drogues (d'autant plus avec une pratique d'injection) est aussi un élément central dans la structuration de leurs représentations, comme le rapport qu'ils entretiennent avec la stigmatisation associée. Les facteurs sociodémographiques tels que le genre ou l'âge des prisonniers sont aussi significatifs dans la structuration des représentations. Bien que minoritaires, les femmes sont en majorité favorables à ces dispositifs en prison, elles utilisent principalement des arguments liés au système carcéral de manière globale et évoquent peu leurs situations personnelles contrairement aux hommes. Quant à l'âge, on remarque dans cette analyse que les prisonniers les plus âgés sont ceux qui ont le plus recours aux arguments sanitaires (ceci pour les deux matériels même s'ils ne sont pas concernés par l'injection) ce qui témoigne d'un plus grand progressisme. À l'inverse, les prisonniers les plus jeunes utilisent fréquemment pour se positionner sur ces questions, des arguments liés à la moralité ou aux dangers que ces dispositifs engendreraient en prison.
- 55 Les prisonniers qui ne sont pas convaincus de l'importance des mesures de réduction des risques en prison n'en comprennent pas systématiquement la teneur. Il est donc nécessaire d'amorcer un travail de fond sur les représentations.
- 56 L'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) réalisée par l'OFDT quantifie les opinions et les perceptions de la population française sur les drogues et les politiques publiques associées. Il est intéressant de comparer les résultats de cette enquête avec ceux de notre enquête ANRS-Coquelicot-Prisons. Une des idées principales selon laquelle les opinions des prisonniers sont liées à leur proximité avec les drogues et à leurs expériences de l'injection se confirme dans le cadre de l'enquête EROPP 2018 puisque même en population générale, l'expérimentation des drogues détermine très fortement les représentations, plus encore que le sexe et l'âge. Cependant, des différences de représentations sont visibles en ce qui concerne les variables sociodémographiques entre les deux enquêtes. En effet, dans l'enquête EROPP, les hommes ont des opinions plus positives que les femmes tout comme les jeunes adultes. En population carcérale, les résultats s'inversent. Les femmes ont des opinions plus positives que les hommes même si elles sont proportionnellement moins nombreuses qu'eux. Aussi, les plus âgés ont des représentations largement plus positives que les jeunes adultes.

- 57 L'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons n'est pas représentative de la population des prisonniers comme c'est le cas pour l'enquête EROPP. Les critères d'inclusion relatifs au fait d'avoir consommé des substances selon des modalités exposant aux risques infectieux dans les 12 derniers mois et le recrutement des participants dans les unités sanitaires ont pu avoir des impacts sur les résultats obtenus. Ceci conduit certainement à surreprésenter les attitudes positives, vis-à-vis des mesures de réduction des risques, en comparaison à la population des prisonniers, puisqu'ils sont généralement plus exposés aux informations liées aux risques sanitaires et aux messages de prévention.
- 58 Les représentations des prisonniers ici étudiées sont finalement aussi révélatrices de l'importance du travail de prévention, de sensibilisation qu'il est important de mener en prison. Si dans certains pays d'Europe (Angleterre, Pays de Galles, etc.), des prisonniers participent à petite échelle à l'évolution du système carcéral dans certaines prisons où ils sont inclus dans des comités consultatifs (recommandés dans l'article 50 des Règles pénitentiaires européennes, qui concernent tous les États membres du conseil de l'Europe) (Bishop, 2006), il est important de renforcer leur participation dans les processus de décision. De plus, ces comités consultatifs auraient de nombreux effets bénéfiques : moyens de communication améliorés, prise en compte de problématiques jusque-là inaperçues, partage de la responsabilité de l'organisation en prison, clarification des intérêts et besoins, prise en compte et reconnaissance du point de vue des prisonniers, etc. (Bishop, 2006).
- 59 Dans le cadre du préservatif par exemple, si les personnes concernées et les professionnels n'envisagent pas son utilité sans réserve (Joël, 2018), il apparaît alors difficile d'envisager que le service soit complètement encouragé, valorisé et produise l'effet escompté. Il serait alors important (toujours dans ce cadre) de mettre en place un travail de sensibilisation auprès des professionnels et des prisonniers.
- 60 Il apparaît aussi nécessaire d'améliorer la sensibilisation liée à la consommation de produits psychoactifs par injection en prison, ceci particulièrement pour les personnes ayant des représentations très négatives. Le stigmatisme associé à la consommation de drogues par injection est très fort en milieu ouvert mais il est d'autant plus en prison, milieu où il est encore plus difficile de se dévoiler comme injecteur (Dos Santos *et al.*, 2020). Les résultats quantitatifs de l'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons nous permettent de confirmer nettement cette idée, en soulignant que la peur de l'étiquetage est au cœur des représentations négatives en prison, et que cette peur est partagée par beaucoup de prisonniers. Il serait donc pertinent de prendre en compte cet aspect dans le travail de sensibilisation auprès des prisonniers en adoptant une posture de non-stigmatisation.
- 61 Le travail de sensibilisation ainsi que l'évolution des représentations des prisonniers pourraient être des gages de réussite pour les Programmes d'échanges de seringues. En Espagne par exemple, la mise en place de ces programmes a eu beaucoup d'avantages, et notamment une augmentation du recours au soin des prisonniers (Menoyo *et al.*, 2000) ainsi qu'une « sensibilisation accrue à la transmission infectieuse et aux comportements à risque » (Obradovic, 2013, 185). Aussi, associer les prisonniers à la réflexion sur la prévention et la réduction des risques semble être une manière d'investir les personnes concernées en ne présupposant pas que seuls les décisionnaires savent ce qui est nécessaire pour eux.
- 62 Le passage en prison est un marqueur fréquent des trajectoires sociales des usagers de drogues précarisés, il est aussi souvent répété dans le temps avec des allers retours

dedans/dehors (Fernandez, 2010). Il apparaît donc essentiel de permettre à ces publics d'accéder aux mesures de réduction des risques comme c'est le cas en milieu ouvert. Car si la réduction des risques est souvent associée à l'accès au matériel de **prévention** ou aux soins, elle comprend aussi un large volet dédié à la sensibilisation et à la prévention sur ces sujets. Améliorer le niveau d'information sur les outils et les personnes concernées est indispensable afin que les prisonniers puissent tirer parti au maximum des moyens mis en place ou qui le seront à l'avenir.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Aymard N., Lhuilier D., 1997, *L'univers pénitentiaire : du côté des surveillants de prison*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Becker H.-S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- Rotily M., Delorme C., Ben Diane M.K., 1998, L'usage de drogue en milieu carcéral : une approche épidémiologique, *Les cahiers de la sécurité intérieure*, 31, 195-209.
- Benguigui G., Chauvenet A., Orlic F., 1994, Les surveillants de prison et la règle, *Déviance et Société*, 18, 3, 275-294.
- Bergeron H., 1999, *L'État et la Toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Bessin M., Lechien M.-E., 2002, Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison, *Ethnologie française*, 32, 1, 69-80.
- Bishop N., 2006, La participation des personnes détenues à l'organisation de la vie en détention, *Champ Pénal/ Penal Field*, III, [en ligne] <https://doi.org/10.4000/champpenal.485>.
- Bony L., 2014, *De la prison peut-on voir la ville ? Continuum carcéral et socialisation résidentielle*, thèse de doctorat, La Défense, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- Bozon M., 2002, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Nathan.
- Castel R. (dir), 1998, *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*, Fribourg, Éditions Universitaires.
- Chantraine G., 2003, Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain, *Déviance et Société*, 27, 4, 363-387.
- Chantraine G., 2004, *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Chauvenet A., Rostaing C., Orlic F., 2015, *La violence carcérale en question*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Decorte T., 2010, Les effets adverses des politiques officielles en matière de drogue sur les mécanismes d'autorégulation des consommateurs de drogues illicites, *Drogues, santé et société*, 9, [en ligne] DOI <https://doi.org/10.7202/044875ar>.

- Direction de l'administration pénitentiaire, 2020, *Statistiques des établissements des personnes écrouées en France au 1<sup>er</sup> novembre 2020*, Bureau de données SDEX-Ex3.
- Dos Santos M., Michel L., Jauffret-Roustide M., 2020, Les malentendus liés à la réduction des risques en prison, *Anthropologie & Santé*, 22, [en ligne] DOI :10.4000/anthropologiesante.6272.
- Duprez D., Kokoreff M., 2000, *Les mondes de la drogue. Usages et trafics dans les quartiers*, Paris, Odile Jacob.
- Durand C., 2018, Un bureau derrière les barreaux. Travail relationnel et pouvoir discrétionnaire dans les audiences pénitentiaires, *Sociologie du travail*, 60, 3, 1-21.
- Durkheim É., 2014, *Chapitre Premier - Représentations individuelles et représentations collectives* [1], Sociologie et philosophie, Paris, Presses Universitaires de France, 1-39 [1<sup>re</sup> éd. 1898].
- Duval J., 2013, L'analyse des correspondances et la construction des champs, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 200, 5, 110-123.
- Ehrenberg A., 1996, Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques, *Communications*, 62, 5-26.
- Fassin D., 2015, *L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées ».
- Fédération addiction, 2014, *Soins des personnes détenues. Les pratiques professionnelles concernant la continuité des soins des personnes détenues, l'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert. De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées*, guide pratique, [en ligne] <https://adnsmp.fr/wp-content/uploads/2021/01/guide-prison-2014.pdf>.
- Fernandez F., 2007, Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt : punir pour mieux soigner, *Sociologie santé*, 27, 173-192.
- Fernandez F., 2010. *Emprises : drogues, errance, prison*, Bruxelles, Larcier.
- Foucault M., 1975, *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- Gaillard A., 2009, *Sexualité et prison. Désirs affectifs et désirs sous contrainte*, Paris, Max Milo.
- Gautron V., Retière J.-N., 2013, *Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 211-251.
- Goffman E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Héas S., Dargère C., 2014, *Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*, Paris, L'Harmatan.
- Jauffret M., 2000, La réduction des risques : enjeux autour d'une mobilisation collective, *MANA : revue de sociologie et d'anthropologie*, 8, 161-188.
- Jauffret-Roustide M., 2016, Les salles de consommation à moindre risque. Apprendre à vivre avec les drogues, *Revue Esprit*, 429.
- Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S., Benoît T., Chauvin C., Le Breton M., Barin F., Semaille C., 2013, Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 39-40, 504-509.
- Joël M., 2018, *Prévention et réduction des risques en prison et à la sortie*, Rapport de recherche INED-Sidaction.

Lhuilier D., Simonpietri A., Veil C. avec la collaboration de Morales L., 1999, VIH-SIDA et Santé : Représentations et pratiques des personnes incarcérées, Paris, Université Paris VII Denis Diderot, Laboratoire de changement social.

Lines R., Jurgens R., Betteridge G., Stover H., Laticevschi, D., Nelles J., 2006, *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Toronto, Réseau juridique canadien VIH/Sida.

Menoyo C., Zulaica D., Parras F., 2000, Needle exchange in prisons in Spain, *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 5, 20-21.

Messiah A., Escaffre N., Sannino N., Rotily M., Galinier-Pujol A., 2001, La sexualité aux temps du sida en population vulnérable : éléments d'une enquête auprès de détenus, *Population*, 6, 1011-1042.

Michel L., Jauffret-Roustide M., 2019, Prisons françaises et risques infectieux : l'urgence de la mise en œuvre du principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de réduction des risques, *La Presse Médicale*, 48, 7-8P1, 752-755.

Michel L., Trouiller P., Chollet A., Molinier M., Duchesne L., Jauffret-Roustide M., ANRS-Coquelicot STUDY GROUP, 2018, Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013), *Drug and Alcohol Review*, 31,1, 268-276.

Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J., Taieb C., Carrieri P., Groupe de travail ANRS PRI2DE, 2011, Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE 2009, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 39, 409-412.

Molinier P., 2013, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, coll. « Le genre du monde ».

Montaut A., 2010, *Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008*, Études et résultats, DREES, 717.

Obradovic I., 2012, *Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères*, Note n° 2012-04, à l'attention de la MILDT (Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie), Saint-Denis, OFDT

Obradovic I., 2013, Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences, *Psychotropes*, 19, 3-4, 173-195.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), 2019, *Rapport européen sur les drogues 2019 : Tendances et évolutions*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne.

Peretti-Watel P., 2002, Les « conduites à risque » des jeunes : défi, myopie, ou déni ?, *Agora débats/jeunesses*, 27, Les jeunes et le risque, 16-33.

Petiau A. (dir.), 2021, *De la prise de parole à l'émancipation des usagers. Recherches participatives en intervention sociale*, Paris, Presses de l'EHESP, coll. « Regards croisés ».

Protais C., Jauffret-Roustide M., 2023, Le trafic de drogues en prison comme enjeu de santé publique. *La revue française des affaires sociales*, 1.

Protais C., Morel d'Arleux J., Jauffret-Roustide M., 2019, *Usages de drogues en prison. Pratiques, conséquences et réponses*, Paris, Théma OFDT.

Ricordeau G., 2004, Enquêter sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention, *Déviance et Société*, 28, 2, 233-253.

Ricordeau G., 2008, Les prisonniers ont-ils (encore) une sexualité ?, *Le sociographe*, 27, 3, 32-42.

- Rochedy A., 2015, Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives, *Sociologie*, [en ligne] <http://journals.openedition.org/sociologie/2701>.
- Rousselet M., Guerlais M., Caillet P., Le Geay B., Mauillon D., Serre P., Chameau P.-Y., Bleher Y., Mounsande S., Jolliet P., Victorri-Vigneau C., 2019, Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data, *PLoS ONE*, 14, 12.
- Sahajian F., Berger-Vergiat A., Pot E., 2017, Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France, *Revue d'épidémiologie et de santé publique (RESP)*, 65, 5.
- Sannier O., Verfaillie F., La Vielle D., 2012, Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace, *La Presse Médicale*, 41, 7-8.
- Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M.-A., Serre P., Cate L., Barbier C., Jauffret-Roustide M., Groupe Prevacar, 2013, Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy, *Eurosurveillance*, 18, 28, art. 20524.
- Simon A., Andro C., Moral A., Spire B., 2012, 4. Place des usagers dans l'action et l'innovation en réduction des risques, in Morel A. (dir.), *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie : 22 notions*, Paris, Dunod, 47-53.
- Spilka S., Le Nezet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Chyderiotis S., 2019, Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers, *Tendance n° 131*, OFDT.
- Stankoff S., Dherot J., DAP, DGS, 2000, *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Paris, ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé.
- Zinberg N.E., 1984, *Drug, Set and Setting: the Basis for controlled intoxicant use*, New Haven, Yale University Press.

## NOTES

1. Les termes « personnes détenues » ou « personnes incarcérées » s'inscrivent dans une catégorisation produite par l'institution carcérale, de fait « Ce champ lexical décline – de l'euphémisation administrative à la revendication d'une terminologie dépréciative – un espace de lutes » (Durand, 2018, 2). Nous utiliserons ici le terme « prisonnier », conforme à la réalité de l'enfermement. Aussi, le masculin générique est employé ici pour désigner les individus en prison pour alléger l'écriture mais nous gardons en tête que les objets qui réfèrent aux rapports de pouvoir et aux normes sociales s'inscrivent dans un contexte académique et politique qui n'est pas neutre, et que l'orthographe et la grammaire françaises sont aussi concernées.
2. L'usage problématique est défini par une « consommation récurrente de drogues qui cause des préjudices réels (conséquences négatives) à une personne (y compris la dépendance, mais aussi d'autres problèmes de santé, psychologiques ou sociaux), ou qui place la personne à un niveau élevé de probabilité/risque de subir de tels préjudices » selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA).
3. Une poussière due à une injection intraveineuse correspond à un choc anaphylactique, une réaction allergique face à une substance étrangère introduite dans l'organisme. Elle peut provoquer une infection ou un empoisonnement du sang qui peut s'apparenter à une septicémie (voir en ligne : <http://www.asud.org/2013/01/24/injection-intraveineuse-poussieres/>).

4. Concernant les opinions vis-à-vis du préservatif chez les femmes, il est important de souligner que les données quantitatives dont nous disposons ici, ne nous permettent pas de différencier préservatif masculin et féminin dans les réponses ouvertes, et d'analyser le stigmatisme lié aux pratiques lesbiennes comme c'est le cas pour l'homosexualité décrite à plusieurs reprises par l'échantillon masculin. Les prisonnières n'ont pas abordé ces questions contrairement aux hommes, ainsi leurs opinions sur le préservatif ont été principalement comprises dans un contexte hétérosexuel, dans le cadre de rapport sexuel aux parloirs par exemple.

5. Statistiques des établissements des personnes écrouées en France au 1<sup>er</sup> novembre 2020, Direction de l'administration pénitentiaire (Bureau de la donnée SDEX-Ex3).

6. Ce qui correspond à la représentation de femmes dans l'enquête ANRS-Coquelicot-Prisons puisqu'elles sont 8 sur 207 individus, soit 3,9 % de l'échantillon.

---

## RÉSUMÉS

À partir de l'enquête quantitative ANRS-Coquelicot-Prisons, cet article interroge les représentations des prisonniers sur la mise en place de kits d'injection et l'accessibilité des préservatifs en prison. Les kits d'injection ne sont pas disponibles dans les prisons en France et leur mise en place cristallise les débats. Quant aux préservatifs, leur accessibilité reste variable selon les établissements. Afin de connaître les opinions des prisonniers vis-à-vis de ces mesures de réduction des risques, une typologie a été construite à partir de réponses ouvertes, celle-ci met en évidence les divergences d'opinions au sein des groupes et leurs caractéristiques. Ces résultats amènent à repenser la manière dont la parole des concernés peut être associée pour améliorer ces dispositifs.

Prisoners representations of harm reduction measures. The case of injection kits and condoms  
Based on the ANRS-Coquelicot-Prisons quantitative survey, this article questions prisoners representations of the provision of injection kits and the accessibility of condoms in prison. Injection kits are not available in French prisons and their implementation crystallizes the debates. As for condoms, their accessibility remains variable from one prison to another. In order to find out the opinions of prisoners with regard to these harm reduction measures, a typology was constructed from open-ended responses, which highlights the differences of opinion within the groups and their characteristics. These results lead us to rethink the way in which the opinions of those concerned can be combined to improve these measures.

## INDEX

**Keywords :** drugs, sexuality, harm reduction, prison, representations

**Mots-clés :** drogues, sexualité, réduction des risques, prison, représentations

## AUTEURS

### ESTELLE FILIPE

Centre d'étude des mouvements sociaux (CNRS/EHESS UMR 8044 – Inserm U1276)  
EHESS, 54, boulevard Raspail, 75006 Paris  
estelle.filipe[at]ehess.fr

### PHILIPPE TROUILLER-GERFAUX

CESP Inserm UMRS 1018, Université Paris-Saclay  
Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge Française  
27, rue Pierre Nicole, 75005 Paris  
philippe.trouiller[at]gmail.com

### SYLVIE ABEL

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales/Unité Sanitaire Centre pénitentiaire de Ducos  
Pôle Médecine et Spécialités médicales-Pathologies digestives-Santé publique CHU de Martinique  
CS 90632, 97261 Fort-de-France cedex  
Sylvie.ABEL[at]chu-martinique.fr

### GUILLAUME BAYET

USMP des Baumettes  
239, chemin de Morgiou, 13009 Marseille  
Guillaume.BAYET[at]ap-hm.fr

### MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

Centre d'étude des mouvements sociaux (CNRS/EHESS UMR 8044 – Inserm U1276)  
EHESS, 54, boulevard Raspail, 75006 Paris  
Baldy Center for Law and Social Policy, University of Buffalo, NY, United States  
British Columbia Center on Substance Use, British Columbia University, Vancouver, Canada  
marie.jauffret-roustide[at]inserm.fr